

## NVL Chronische KHK: Was ist wichtig?

### Die wichtigsten Empfehlungen der 5. Auflage im Überblick:



© Salome / Fotolia

#### Diagnostik: nicht-invasiv

Über die Anamnese und körperliche Untersuchung wird die Wahrscheinlichkeit für eine KHK ermittelt:

- Bei einer niedrigen Wahrscheinlichkeit soll nach anderen Ursachen gesucht werden.
- Bei einer mittleren Wahrscheinlichkeit sollen nicht-invasive Verfahren angewendet werden.
- Bei einer hohen Wahrscheinlichkeit soll ohne weitere Diagnostik mit der Behandlung begonnen werden.

#### Körperliches Training

Alle stabilen Patienten sollen regelmäßig körperlich aktiv sein. Die Intensität ist abhängig vom Risiko für kardiale Komplikationen und von der körperlichen Belastbarkeit. Zur Planung des Trainings wird daher neben Anamnese und körperlicher Untersuchung auch eine Ergometrie empfohlen.

#### Motivation zur Nikotinabstinenz

Patienten sollen motiviert werden, ihren Tabakkonsum zu beenden.

Wichtig ist auch, die passive Tabakexposition zu vermeiden. Patienten, die rauchen und dies ändern wollen, soll bedarfsgerecht und individualisiert geholfen werden.

#### ASS bei stabiler KHK

Alle Patienten mit stabiler KHK sollen 100 mg ASS pro Tag erhalten, außer sie nehmen bereits orale Antikoagulantien ein. Bei gastrointestinaler Blutung sollte die ASS-Behandlung unter Gabe eines Protonenpumpenhemmers fortgesetzt werden. Bei Kontraindikation sollten Patienten Clopidogrel erhalten.

#### Statine: Mittel erster Wahl

Statine sind die einzigen lipidsenkenden Medikamente, für die bei Patienten mit KHK eine Reduktion der Mortalität nachgewiesen ist. Zudem liegt eine langjährige Erfahrung zu Statinen vor. Alle Patienten sollen daher Statine als Mittel der ersten Wahl erhalten.

#### Langzeitbetreuung durch den Hausarzt

Die Langzeitbetreuung und die Koordination diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen erfolgt beim Hausarzt. Bei Patienten mit einem besonders hohen kardiovaskulären Risiko legen Hausarzt und Kardiologe gemeinsam individuell angepasste Abstände für die kardiologische Verlaufskontrolle fest.

Die Leitlinie, Patientenmaterialien und weitere Dokumente finden Sie unter [www.khk.versorgungsleitlinien.de](http://www.khk.versorgungsleitlinien.de)

## NVL Chronische KHK: Was ist neu?

### Wichtige Änderungen im Vergleich zur 4. Auflage:

#### Individuelle Therapieziele und Selbstmanagement

Patienten haben eine aktive Rolle bei der Gestaltung ihrer Therapie. Sie sollen ermutigt werden, individuelle Therapieziele zu formulieren. Durch Beratung und verständliche Information sollen sie im Selbstmanagement und bei Entscheidungen unterstützt werden.

Dafür bietet die NVL spezielle Entscheidungshilfen an, die Ärzte ihren Patienten unterstützend aushändigen können.

#### Gewichtsstabilisierung

Es ist nicht belegt, dass Patienten mit einem BMI kleiner gleich 30 durch eine Gewichtsreduktion ihre Prognose verbessern. Die NVL empfiehlt daher lediglich, eine Gewichtszunahme zu vermeiden.

Davon unberührt ist die Empfehlung zu regelmäßigem Training. Denn inaktive Patienten haben unabhängig von ihrem BMI ein höheres kardiovaskuläres Risiko.

#### Duale Therapie nach elektiver PCI

Patienten, bei denen eine orale Antikoagulation indiziert ist, wird nach elektiver PCI eine duale Therapie aus oraler Antikoagulation und einem Thrombozytenaggregationshemmer empfohlen. Bei einzelnen Patienten mit hohem ischämischen Risiko kann zusätzlich ASS erwo-gen werden (Triple Therapie).

#### Zurückhaltend: Ezetemib und PCSK9-Inhibitoren

Zum Einsatz von Ezetemib und PCSK9-Hemmern äußert sich die NVL zurückhaltend. Für ausgewählte Patientengruppen können sie eine Option darstellen. Im Unterschied zu Statinen ist für diese Medikamente keine Reduktion der kardiovaskulären Mortalität und Gesamtmortalität belegt.

#### ACE-Hemmer, Sartane, Aldosteronantagonisten und Betablocker

Eine KHK ist keine eigenständige Indikation für ACE-Hemmer, Sartane oder Aldosteronantagonisten. Liegt keine anderweitige Indikation vor, sollte ein Jahr nach Myokardinfarkt die weitere Gabe von Betablockern bzw. das Absetzen re-evaluiert werden.

#### Rehabilitation

Eine Rehabilitation wird allen Patienten nach ST-Hebungsinfarkt (STEMI), Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) und koronarer Bypass-Operation empfohlen. Der Übergang vom Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung sollte bei unkompliziertem Verlauf bereits nach wenigen Tagen erfolgen.